

INSTRUCTIVO PARA LA COBERTURA DE PRESTACIONES BÁSICAS DE DISCAPACIDAD PARA EL AÑO 2021

OSPACA cuenta con un sector de auditoría y orientación para personas con Discapacidad y un equipo interdisciplinario especialistas en la materia. El principal objetivo de este sector es poder acompañar, orientar y evaluar las prestaciones que los beneficiarios solicitan, de acuerdo con los postulados de la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad.

Las prestaciones que se brindan a las personas con discapacidad se encuentran reguladas en la Ley 24901 y establecidas en el Marco Básico de organización y funcionamiento de prestaciones y establecimientos de atención a personas, Res 1328/2006 MSAL y sus modificatorias. En dichas normas se desprenden las diferentes modalidades de abordaje que deben ser cubiertas, como así también las características de los profesionales y prestadores que realizan dicho abordaje.

Toda la documentación requerida por el sector de Discapacidad está sujeta a modificaciones según eventuales disposiciones de la Superintendencia de Servicios de Salud.

Ante cualquier duda puede comunicarse con el Sector de Discapacidad • Auditoría Médica OSPACA.
Por mail a discapacidad@ospaca.com

Se sugiere mostrar el presente instructivo al médico tratante para evitar errores en la elaboración de las órdenes médicas.

METODOLOGÍA DE PRESENTACIÓN PARA LA SOLICITUD DE PRESTACIONES POR DISCAPACIDAD

IMPORTANTE: SE RECUERDA QUE EL INGRESO DE LA DOCUMENTACIÓN NO IMPLICA SU AUTORIZACIÓN, YA QUE SE ENCUENTRA SUJETA AL ANÁLISIS DE LA EVALUACIÓN QUE REALICE EL SECTOR DE AUDITORÍA EN DISCAPACIDAD. NO PODRÁN FACTURAR MESES ANTERIORES A LA AUTORIZACIÓN DE LA OBRA SOCIAL.

La Obra Social cuenta con un Equipo Interdisciplinario en Discapacidad, que tiene por función hacer seguimientos y evaluaciones de los procesos terapéuticos y educativos autorizados; y brindar orientación relativa a los mismos. Si Ud va a solicitar autorización de prestaciones por primera vez a esta obra social, previo a la presentación de documentación deberá solicitar una entrevista con dicho equipo.

A tal fin deberá comunicarse por correo electrónico a: eidiscapacidad@ospaca.com

NO SE EMITIRÁN AUTORIZACIONES SIN CUMPLIR CON LA ENTREVISTA PREVIA.

ATENCIÓN

VERIFICAR EN LA PÁGINA WEB LAS PRESTACIONES AUTORIZADAS Y/O LAS OBSERVACIONES REALIZADAS POR DOCUMENTACIÓN FALTANTE O ERRÓNEA.

IMPORTANTE

1. Solicitamos que todos los prestadores (CET, escuelas, profesionales, transportistas, etc.) tengan conocimiento del instructivo para prestadores - se puede descargar el mismo de www.ospaca.com/beneficios/discapacidad
2. SÓLO se autorizaran facturas acompañadas por la correspondiente planilla de asistencia. SIN EXCEPCIÓN.

EN CASO DE SOLICITAR INTEGRACIÓN ESCOLAR / MAESTRA DE APOYO Y NO PRESENTAR CERTIFICADO DE ALUMNO REGULAR 2021, LA PRESTACIÓN SE AUTORIZARÁ SÓLO POR EL MES MARZO. UNA VEZ PRESENTADO DICHO CERTIFICADO SE AUTORIZARÁ LA PRESTACIÓN HASTA DICIEMBRE DEL CORRIENTE AÑO.

BENEFICIARIOS MONOTRIBUTISTAS

Recuerde que AL TERCER MES CONSECUTIVO Ó CINCO MESES ALTERNADOS QUE ADEUDE EL PAGO DE MONOTRIBUTO , será automáticamente dado de baja en la obra social, reactivándose nuevamente el día que realice el trámite correspondiente en la Sede Central de OSPACA.

EL PERÍODO QUE NO SE ENCUENTRE ACTIVO NO SE ABONARÁ LO FACTURADO POR LOS PRESTADORES.

REQUISITOS INELUDIBLES PARA LA AUTORIZACIÓN DE PRESTACIONES (AÚN EN CASOS DE AUTORIZACIONES EN AÑOS PREVIOS)

Los siguientes puntos son de cumplimiento obligatorio:

1. Las prestaciones SÓLO podrán ser brindadas por Instituciones categorizadas a tal fin o prestadores inscriptos en el Registro Nacional de Prestadores y/o Agencia Nacional de Discapacidad.
2. En caso de MII/ MIS (módulo integral intensivo o simple) la prescripción del médico debe detallar las prestaciones que componen el módulo. El mismo debe coincidir con el presupuesto.
3. En caso de solicitar Maestra de Apoyo (títulos habilitantes : psicopedagoga, psicóloga, profesora de educación especial o Lic. en Ciencias de la Educación). SIN EXCEPCIÓN.
4. Niños entre 1 y 3 años: ÚNICAMENTE se autorizará el módulo de estimulación temprana con un centro categorizado a tal fin.
5. Se pueden realizar sólo 2 (dos) cambios de prestadores (profesionales, instituciones, transportistas, etc.) durante todo el año. A tal fin se deberá presentar la nota informativa (Ver Detalle I: Nota de Solicitud de Cambio de Prestador).
6. Los expedientes caducan cada 31/12 del año en que fueron solicitados, debiéndose presentar nuevamente toda la documentación para su renovación a partir del nuevo año. Ver Prórroga ASPO/DISPO.
7. NO PRESENTAR DOCUMENTACIÓN DE PRESTADORES SIN EL PRINT DE PANTALLA QUE CERTIFIQUE LA CATEGORIZACIÓN PARA LA MODALIDAD CORRESPONDIENTE – en el caso de instituciones – O LA INSCRIPCIÓN VIGENTE EN EL RNP – profesionales.-
Para descargar el mencionado print ingresar a través de los siguientes link:
Instituciones, ingresar el CUIT en la base de datos de la AND:
<https://apps.snr.gob.ar/consultarnp/aplicacion/prestadores/prestadores.html>
Prestadores profesionales: ingresando DNI en el Registro Nacional de prestadores:
<https://www.sssalud.gob.ar/index.php?page=busmed&cat=prestadores>

8. Cada institución o prestador se hace cargo de su capacitación, supervisión, coordinación no pudiendo transferir ese costo a la obra social.
9. No corresponde cobertura simultánea de escuela especial o CET y apoyo a la integración escolar – no se autoriza SIN EXCEPCIÓN
10. En caso de CET Jornada doble, sólo se autoriza una prestación de apoyo al mismo (kinesiología, terapia ocupacional, etc). En ningún caso se autoriza Módulo Integral Intensivo o Simple.
11. Todos los prestadores- ya sean instituciones o no, deberán presentar Informes de Evolución SEMESTRALMENTE. En los mismos, se debe detallar los logros alcanzados y las necesidades particulares evaluadas. Los informes individuales deben reflejar una estrategia articulada y acordada.
12. Las necesidades educativas especiales que requieran los niños para el adecuado desenvolvimiento en las actividades escolares, se encuentran contempladas dentro de las Prestaciones Básicas de Personas con Discapacidad (Res. 1328/2006 y 428/99) ÚNICAMENTE en los siguientes módulos (NO incluye Acomp. Terapéutico, Acomp. Externo, etc.)

INTEGRACIÓN ESCOLAR: (con equipo/maestra de apoyo)

La misma tiene por objetivo la adecuación de la curricula de aprendizaje y la metodología que el docente del colegio debe emplear. NO ES UN ACOMPAÑANTE TERAPEUTICO.

Con la integración escolar se tiende a la inclusión del niño en el aula, razón por la cual el adulto de referencia debe ser su docente y no el acompañante terapéutico.

El servicio podrá brindarse por MÓDULO de un MÍNIMO de 8 horas semanales.

En todos los casos, la cantidad de horas dependerá del proyecto individual e incluirá la atención individual, familiar y coordinación del equipo técnico profesional.

Si el niño con necesidades educativas especiales requiere mayor cantidad de horas de apoyo, el servicio de integración escolar deberá arbitrar los medios necesarios para la inclusión integral del niño.

No se aceptarán propuestas parciales, solo aquellas que den respuesta integral a las necesidades evaluadas.

DETALLE DE LA DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR

(Corroborrar todo lo indicado en la "Hoja de Verificación")

PRESCRIPCIÓN MÉDICA

Se deberá presentar una prescripción para cada prestación solicitada Indicando:

- la prestación solicitada (por ej: apoyo a la integración escolar) ó tipo de institución (por ej: Hospital de día, escuela especial).
- la cantidad de sesiones semanales (en caso de módulos de rehabilitación ó prestación de apoyo) o tipo de jornada (en caso de CET, Escuela,etc.)
- el período solicitado (por ej: Marzo a Diciembre del 2020).
- la fecha de la prescripción debe ser anterior al inicio de la prestación. Por ejemplo si es de marzo a diciembre 2020, la fecha del pedido médico debe ser anterior a marzo.
- en caso de solicitar apoyo a la integración escolar, el pedido médico debe indicar:
 - a) si la prestación la brinda una institución, debe indicar "Solicito apoyo a la integración escolar con equipo..."
 - b) si la prestación la brinda una profesional independiente: " Solicito maestra de apoyo..."
- la prescripción NO puede ser realizada por un médico de la institución en la que se efectuarán las prestaciones.
- en caso de solicitar la prestación con dependencia deberá indicarlo el médico tratante en la prescripción y la misma será evaluada por el equipo de auditoría en discapacidad.
- **RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA:** Completar el "Formulario de Resumen de Historia Clínica" que se encuentra al final de este archivo

PRESUPUESTO

En caso de sesiones debe indicarse la cantidad de sesiones semanales/mensuales, el monto por sesión y el total mensual de acuerdo al pedido médico.

En caso de institución el tipo de jornada, categoría (A,B,C), si tiene dependencia, el monto mensual.

Debe indicar se el período de la prestación (por ejemplo: marzo a diciembre 2020).

PLAN DE TRATAMIENTO

1. Deberá aclarar el plan de abordaje para el período ASPO 2021 especificando la modalidad de intervención: presencial, teleasistencia o ambas.
2. Deberá establecer objetivos particulares, evidenciables respecto de las características de cada persona con discapacidad.
3. Se deberán contemplar los tiempos libres y de socialización en las propuestas de tratamiento.
4. Se deberán confeccionar informes que den cuenta de los procesos singulares en forma semestral y de los objetivos específicos y diferenciados, acordados entre los distintos profesionales o equipos intervinientes.
5. Las presentaciones solicitadas no pueden superponerse con otras actividades programadas (educativas y terapéuticas); ni presentarse duplicadas (Ej. Recibir dos módulos con el mismo propósito o sesiones con dos profesionales de la misma especialidad).
6. No se autorizarán 2 sesiones en el mismo día con un mismo profesional.

APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR

- Acta acuerdo entre las partes (con la firma y sello de la escuela o institución, padres e integradora).
- Plan de integración.
- Adecuación curricular.
- Constancia de alumno regular.
- Título habilitante
- Certificado analítico de las materias

IMPORTANTE: Ver detalle de la prescripción médica.

- C.U.E. (Código Único de Establecimientos), deberá solicitarlo en la escuela a la que asiste el niño.

HOGAR PERMANENTE

El médico tratante debe indicar claramente los motivos que hacen imposible la permanencia del beneficiario en su hogar. Dicho requisito es excluyente.

En caso que el beneficiario causante tenga familiares, se deberá indicar la razón por la cual dichos familiares no pueden hacerse cargo del mismo en su domicilio.

El médico deberá fundamentar si el beneficiario atraviesa por una situación clínica de gravedad que imposibilite su cuidado en su ambiente familiar.

Finalmente, **será necesario que la institución presente un informe socio-ambiental, a fin de justificar la imposibilidad de continencia familiar.** El mismo estará sujeto a consideración por parte de esta Obra Social.

TRANSPORTE

El pedido de transporte deberá ser prescripto y fundamentado adecuadamente por el médico tratante, el cual debe aportar datos clínicos relevantes que imposibiliten el traslado gratuito en transporte público de pasajeros con un acompañante, por dificultades motoras.

OSPACA brinda cobertura de transporte especial a sus beneficiarios dentro del marco establecido por Res. 428/99 MS

- Nomenclador de prestaciones básicas para personas con discapacidad. De acuerdo a lo establecido en el pto. 2.3.2. de la mencionada resolución dicha prestación "**comprende el traslado de personas discapacitadas desde su residencia hasta el lugar de atención y viceversa**".

- No se abonará el servicio de transporte especial utilizado con cualquier otro fin que el traslado del beneficiario al destino indicado en la documentación.
- La autorización no implica un valor fijo mensual abonar por este concepto, sino un compromiso de contraprestación por la realización de los viajes pautados, la autorización mensual solo tendrá validez sobre la prestación efectivamente realizada.
- No se abonarán los Km. autorizados que no hayan sido realizados (esto incluye el período de receso escolar de las instituciones).
- En todos los casos y sin excepción sólo se autorizará el valor kilómetro indicado en la resolución vigente (Res. 6/2019 y sus modificatorias).

La cantidad total de km. facturados (en caso de traslados a más de una prestación – ej: escuela, terapias –) NO podrá superar los KM AUTORIZADOS POR LA OBRA SOCIAL , conforme lo indicado en la nota de autorización (disponible en la web de OSPACA).

Toda persona con Certificado de Discapacidad, cuenta con el beneficio de uso del transporte público gratuito. El transporte especial es SÓLO para aquellos que presentan un impedimento físico, de acuerdo a su nivel de independencia funcional; y/o la Junta Evaluadora, lo ha incluido dentro de las ORIENTACIONES PRESTACIONALES, consignadas.

A fin de favorecer mayor autonomía e integración social de las personas con discapacidad, se promueve el empleo el transporte público de pasajeros.

ACLARACIÓN:

El presupuesto deberá especificar la modalidad de asistencia brindada, alimentaria, material didáctico, etc o presencial según habilitación jurisdiccional.

La presentación del FIM no acredita dependencia, esta será evaluada por el Equipo de Auditoría en Discapacidad. NO se reconoce dependencia en transporte en menores de 6 años.

La SSS autoriza una cantidad máxima de KM. mensuales. En caso de superar la misma el beneficiario deberá concurrir a prestadores / instituciones inscriptas / categorizados próximas a su domicilio.

En caso de solicitar transporte a rehabilitación, las sesiones que componen el MII deberán ser brindadas en 3 días a la semana, en caso de MIS en 2 días a la semana.

MAPA RECORRIDO DE TRANSPORTE

Presentar impreso un mapa que detalle el recorrido y la cantidad de km. correspondiente, efectuado con algún sistema informático: compumap, mapa inteligente, googlemaps, etc.

PRESUPUESTO DE TRANSPORTE Las facturas deben contener todos estos datos o serán rechazadas:

- Nombre, Apellido y DNI del beneficiario y período de prestación.
- **Prestación destino (Por ejemplo: CET, Kinesiología, Escuela, etc.) NUEVO REQUERIMIENTO**
- Debe indicarse el recorrido, desde el domicilio de origen hasta el de llegada.
- Debe indicarse el valor del Km. según valor de la Res. 6/19 del Ministerio.
- Cantidad de Km. (ida y vuelta) por día, costo del viaje.
- Cantidad de Km. (ida y vuelta) por semana, costo semanal.
- Cantidad de Km. (ida y vuelta) por mes, costo mensual.
- **Todos estos datos deberán figurar también en el detalle de las facturas.**
- Planilla transporte adjunta completa.

Recuerde que todo lo solicitado es indispensable para autorizar prestaciones.

NOMBRE Y APELLIDO

DNI

DOCUMENTACIÓN PERSONAL

(para todos los casos)

Tildar lo que corresponda

- Fotocopia Certificado de discapacidad vigente (2 copias).
- En caso de ser monotributista fotocopias de los 6 últimos pagos.
- Consentimiento Informado (Ver Modelo Adjunto). Uno por cada prestación solicitada.
- Formulario Conformidad Modificación ó Nueva Prestación.
- C.U.E. de la Escuela (Código Único de Establecimiento). Solicitarlo en la escuela a la que asiste el niño.
- Un cronograma indicando la distribución de todas las actividades pautadas que realiza el beneficiario (Ver Modelo Adjunto).
- Certificado de alumno regular o nota aclaratoria firmada por el titular en caso de no estar escolarizado.

DEL MÉDICO*Tildar lo que corresponda*

- Resumen completo de Historia Clínica (completar "Formulario Resumen Historia Clínica" adjunto) ó Recetario Médico (debe contener datos del "Formulario Resumen Historia Clínica")
- Prescripción médica (original)
- Formulario F.I.M. (Completo por el médico)

DEL PRESTADOR*Tildar lo que corresponda*

- Presupuesto firmado (Original) (ver Detalle).
- Plan de tratamiento firmado, indicando el periodo de la prestación (Original) (Ver detalle).
- Registro Nacional de Prestador (RNP) vigente para la prestación solicitada y copia del Carnet del RNP
- Print de pantalla de la consulta web del RNP o AND (a excepción de maestra de apoyo o transporte)
- Constancia de Inscripción en AFIP.
- Constancia de CBU emitida por el banco o impresa desde el home banking.
- Título habilitante (en caso de ser profesionales y no una institución).
- En caso de Institución: copia de la categorización vigente.
 - En caso de solicitar Apoyo a la Integración Escolar con equipo/ Maestra de apoyo:
 - Acta acuerdo.
 - Proyecto de integración - Adaptación curricular.
 - En caso de solicitar Maestra de Apoyo además:
 - Título Habilitante
 - Certificado Analítico de Materias

TRANSPORTISTA*Tildar lo que corresponda*

- Constancia de Inscripción AFIP.
- Habilitación actualizada de la empresa que factura y el vehículo que realiza el trabajo.
- Presupuesto (original) (ver Detalle Transporte).
- Mapa recorrido transporte. INDISPENSABLE.
- Detalle solicitud de transporte. INDISPENSABLE. (ver Detalle).
- Constancia de CBU emitida por el banco o impresa desde el home banking.

Firma y aclaración (madre/padre/tutor)

CONFORMIDAD MODIFICACIÓN/ NUEVA PRESTACIÓN - PERÍODO ASPO/DISPO 2021

Fecha:/...../.....

Apellido y nombre del beneficiario: _____

Número de Afiliado: _____

Yocon Documento Tipo (.....)
Nº, doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es por el período del
aislamiento social, preventivo y obligatorio o distanciamiento social preventivo y obligatorio, del año 2021.
Dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados y he comprendido las alternativas
disponibles en relación a la/s prestación/es detalladas a continuación:

Tipo de prestación: _____

Prestador: _____

Modalidad: (presencial/virtual)

Tipo de prestación: _____

Prestador: _____

Modalidad: (presencial/virtual)

Tipo de prestación: _____

Prestador: _____

Modalidad: (presencial/virtual)

Firma:

Aclaración:

Domicilio:

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR:

Por la presente dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en
nombre de.....
Manifiesto ser el familiar responsable / figura de apoyo y autorizo/amos la/s prestación/es dentro de las
pautas detalladas precedentemente.

Firma: Aclaración:

Documento: Parentesco:

Domicilio:

Deberá presentar en original uno por cada prestación solicitada

CONSENTIMIENTO TRATAMIENTO POR SESIONES / MAESTRA DE APOYO

PARA COMPLETAR POR LA FAMILIA

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al

Beneficiario: _____

DNI: _____ Domicilio: _____

Localidad: _____ CP: _____ Mail: _____

Tel Particular: _____ Tel Laboral: _____ Celular: _____

Aclaración: _____

DNI Firmante: _____

 Firma Beneficiario o representante

Lugar y Fecha de Consentimiento: _____

PARA COMPLETAR POR EL PRESTADOR

Lugar y Fecha de Emisión: _____

Razón Social del prestador: _____

Domicilio de atención: _____

Localidad / Provincia: _____ Teléfono: _____

Nombre del Beneficiario: _____

DNI: _____

| Prestacion / Especialidad | Cantidad de Sesiones | Monto Sesión (\$) | Monto Mensual (\$) |
|---------------------------|----------------------|-------------------|--------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Período Ciclo Lectivo Desde: _____ Hasta: _____

Cronograma de Asistencia

| DÍAS HORARIO | Lunes De / A: | Martes De / A: | Miércoles De / A: | Jueves De / A: | Viernes De / A: | Sábado De / A: |
|--------------|---------------|----------------|-------------------|----------------|-----------------|----------------|
| Esp.: _____ | | | | | | |
| Esp.: _____ | | | | | | |
| Esp.: _____ | | | | | | |

Observaciones:

 Firma Responsable de Institución

 Aclaración

Deberá presentar un original uno por cada prestación solicitada

CONSENTIMIENTO INSTITUCIONES

PARA COMPLETAR POR LA FAMILIA

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al

Beneficiario: _____

DNI: _____ Domicilio: _____

Localidad: _____ CP: _____ Mail: _____

Tel Particular: _____ Tel Laboral: _____ Celular: _____

Aclaración: _____

DNI Firmante: _____

Firma Beneficiario o representante _____

Lugar y Fecha de Consentimiento: _____

PARA COMPLETAR POR EL PRESTADOR

Lugar y Fecha de Emisión: _____

Razón Social del prestador: _____

Domicilio de atención: _____

Localidad / Provincia: _____ Teléfono: _____

Nombre del Beneficiario: _____

DNI: _____

Prestaciones a brindar: _____

Tipo de jornada (Simple o Doble): _____ Dependencia (S/N): _____

Matricula (\$): _____ Monto mensual (\$): _____ Categoría: _____

Período Ciclo Lectivo Desde: _____ Hasta: _____

Cronograma de Asistencia

| DÍAS | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado |
|---------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|
| HORARIO | De: | De: | De: | De: | De: | De: |
| | A: | A: | A: | A: | A: | A: |

Observaciones: _____

 Firma Responsable de Institución

 Aclaración

Deberá presentar en original uno por destino (Escuela, CET, Psicología, Kinesiología, etc.)

CONSENTIMIENTO TRANSPORTES

PARA COMPLETAR POR LA FAMILIA

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descripto precedentemente al

Beneficiario: _____

DNI: _____ Nro. Beneficiario: _____

Firma Beneficiario o representante

Aclaración:

DNI Firmante:

Lugar y Fecha de Consentimiento:

PARA COMPLETAR POR EL PRESTADOR

Lugar y Fecha de Emisión:

Razón Social del prestador:

Domicilio:

Localidad / Provincia: Teléfono:

Nombre del Beneficiario:

DNI: Traslados a la prestación (Escuela, CET, Psicología, Kinesiología, etc.):

TRASLADOS

| PARTIDA | DESTINO | VIAJES/DÍA | KM/VIAJE | IMP(S)/KM | IMP(\$) DIARIO |
|---------|---------|------------|----------|-----------|----------------|
|---------|---------|------------|----------|-----------|----------------|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Dependencia (S/N): _____ Monto mensual (\$): _____

Período Traslados Desde: _____ Hasta: _____

Cronograma de Traslados: (marcar con una cruz los días de traslado)

| DÍAS | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado |
|------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|
| | | | | | | |

Observaciones: _____

Firma Responsable del Transporte

Aclaración

FORMULARIO RESUMEN HISTORIA CLÍNICA A COMPLETAR POR MÉDICO ESPECIALISTA

FECHA: _____ (Debe ser anterior al inicio del Tratamiento)

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y Nombre: _____

Documento: Tipo: _____ N°: _____ Edad: _____ Sexo: _____

DIAGNÓSTICO DE LA PATOLOGÍA DISCAPACITANTE

EVOLUCIÓN DEL CUADRO CLÍNICO DE BASE

Indicar parámetros funcionales actuales (mentales-motores-sensoriales)

ANTECEDENTES DE TRATAMIENTOS TERAPÉUTICOS Y/O INTERVENCIONES EDUCATIVAS

OBJETIVOS DE LOS TRATAMIENTOS PRESCRIPTOS

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Deberá ser completado por profesionales Médicos, especialistas en Rehabilitación y/o Neurólogos en caso de tratarse de patologías motoras puras, y Médico Psiquiatra en caso de patologías mentales.
Los datos a completar en la pantalla serán cotejados con la Historia Clínica evolucionada y actualizada, la que deberá ser presentada conjuntamente con las mismas y sometida a evaluación clínica in situ y así confirmar o descartar la solicitud.
Los ítems incluyen tanto a los pacientes motores como mentales, así como aquellas patologías mixtas.

Completar todos los campos del Formulario

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y Nombre: _____
DNI: _____ Edad: _____ Sexo: _____
Diagnóstico: _____

| ITEMS | ACTIVIDAD | PUNTAJE |
|------------------------------|---|---------|
| Autocuidado | | |
| 1 | - Alimentación (uso de utensilios, masticar y tragar la comida) | |
| 2 | - Aseo Personal (lavarse la cara y manos, peinarse, afeitarse o maquillarse, lavarse los dientes) | |
| 3 | - Baño (aseo desde el cuello hacia abajo en bañera, ducha o baño de esponja en cama) | |
| 4 | - Vestido parte superior (de la cintura hacia arriba así como colocar prótesis/ortesis) | |
| 5 | - Vestido parte inferior (de la cintura hacia abajo, ponerse zapatos, abrocharse y colocarse prótesis/ortesis) | |
| 6 | - Uso del Baño (mantener la higiene y ajustar sus ropas antes y después del uso del baño o chata) | |
| Control de Esfínteres | | |
| 7 | - Control del intestino (control completo e intencional de la evacuación intestinal y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación) | |
| 8 | - Control de vejiga (control completo e intencional de la evacuación vesical y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación) | |
| Transferencias | | |
| 9 | - Transferencia de pie o de una silla de ruedas a silla y/o cama | |
| 10 | - Transferencia al baño (sentarse y salir del inodoro) | |
| 11 | - Transferencia a la ducha/bañera (entrar y salir de la bañera o ducha) | |
| Locomoción | | |
| 12 | - Marcha/Silla de Ruedas (caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o propulsar su silla de ruedas si no puede caminar) | |
| 13 | - Escaleras (subir y bajar escalones) | |
| Comunicación | | |
| 14 | - Comprensión (entendimiento de la comunicación auditiva o visual Ej.: escritura, gestos, signos, etc.) | |
| 15 | - Expresión (expresión clara del lenguaje verbal o no verbal) | |
| Conexión | | |
| 16 | - Interacción Social (Hacerse entender y participar con otros en situaciones sociales, respetar límites) | |
| 17 | - Resolución de Problemas (resolver problemas cotidianos) | |
| 18 | - Memoria (habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y rostros familiares) | |

Tabla de Puntuación de niveles de Independencia Funcional

| Independiente | Puntuación |
|--------------------------------|------------|
| Independiente total | 7 |
| Independiente con adaptaciones | 6 |

| Dependiente | Puntuación |
|--|------------|
| Solo requiere supervisión. No se asiste al paciente. | 5 |
| Solo requiere mínima asistencia. Paciente aporta 75% o más. | 4 |
| Requiere asistencia moderada. Paciente aporta 50% o más. | 3 |
| Requiere asistencia máxima. Paciente aporta 25% o más. | 2 |
| Requiere asistencia total. Paciente aporta menos del 25%. | 1 |

Los datos volcados revisten carácter de Declaración Jurada y deberán ser acompañados por sello, firma, matrícula y especialidad de los prof. intervinientes

Firma y Sello del Prof. Interviniente

Nº de Matrícula: _____

Especialidad: _____

DETALLE SOLICITUD DE TRANSPORTE

A fin de favorecer mayor autonomía e integración social de las personas con discapacidad, se promueve el empleo del transporte público de pasajeros.

Si el médico tratante considera pertinente su indicación, deberá:

* aportar datos clínicos que justifiquen dicha prestación

* determinar el tiempo por el cual será requerido, trabajando dicha limitación dentro de los espacios de tratamiento previstos.

Nombre y Apellido
del beneficiario causante

DNI

ACTIVIDAD LABORAL DE LOS PADRES

| PADRES | NOMBRE Y APELLIDO | ACTIVIDAD | TURNO / HORARIO |
|--------|-------------------|-----------|-----------------|
| | | | |
| | | | |

HERMANOS

| NOMBRE | EDAD | ACTIVIDAD | TURNO / HORARIO |
|--------|------|-----------|-----------------|
| | | | |
| | | | |

DIAGNÓSTICO

DSM IV-CIE X

DEFICIENCIA

JUSTIFICACIÓN MÉDICA DE LA SOLICITUD

TRANSPORTE SOLICITADO DESDE SU DOMICILIO HASTA LA PRESTACIÓN DE:

PERÍODO:

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |

Firma, aclaración y sello Médico tratante

Fecha

Indicar la distribución de TODAS las actividades formales (incluyendo sesiones en horas de asistencia semanal y jornada educativa). La misma debe contar con la firma del beneficiario o del tutor en caso de ser menor y del médico y/o equipo tratante.

Lo consignado en el siguiente recuadro debe contemplar la necesidad de tiempos de descanso, traslados, alimentación y tiempo libre requeridos para el apropiado desarrollo de cada propuesta terapéutica y/o educativa.

| NOMBRE Y APELLIDO | | | | | | |
|-------------------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|
| DNI | | | | EDAD | | |
| | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO |
| 8 HORAS | | | | | | |
| 9 HORAS | | | | | | |
| 10 HORAS | | | | | | |
| 11 HORAS | | | | | | |
| 12 HORAS | | | | | | |
| 13 HORAS | | | | | | |
| 14 HORAS | | | | | | |
| 15 HORAS | | | | | | |
| 16 HORAS | | | | | | |
| 17 HORAS | | | | | | |
| 18 HORAS | | | | | | |
| 19 HORAS | | | | | | |
| 20 HORAS | | | | | | |

Firma Beneficiario / Tutor

Firma, aclaración y sello Médico tratante

Firma, aclaración y sello Coordinador equipo tratante

ACTA ACUERDO INTEGRACIÓN ESCOLAR

Fecha: ___/___/___

En el día de la fecha, en la ciudad de _____ se establece el presente acuerdo entre la Escuela _____ con domicilio sito en _____ representada por _____, la Maestra de Apoyo / el equipo de Apoyo a la Integración Escolar representado por _____ y la familia del alumno/a _____ con DNI _____ representado por _____ para llevar a cabo la integración escolar del alumno/a en el año _____ Sala / Grado / Año _____ turno _____ en los días y horarios: _____

Período: _____

La Institución educativa y el/la Maestro/a de Apoyo / Equipo de AIE se comprometen a:

- Atender al alumno según las necesidades vinculadas a su educación.
- Elaborar en forma conjunta el Plan de Adaptación Curricular.
- Acordar criterios de evaluación, calificación y acreditación teniendo en cuenta las normas emanadas del Ministerio de Educación.
- Realizar la evaluación media y final en forma interdisciplinaria.

La familia se compromete a:

- Ser un acompañante activo del proceso de aprendizaje.
- Compartir el seguimiento del proceso de integración y promoción.
- Cumplir con los tratamientos y controles médicos solicitados.
- Hacer que el alumno mantenga una asistencia regular y cumpla con los turnos dados para la atención específica de sus necesidades y que condicionan su permanencia en el proyecto de integración.

*Firma y sello de responsable de Escuela
Común donde se brindará la prestación*

Firma del padre / madre / tutor

*Firma y sello de Maestra / Equipo
AIE*

Aclaración

Aclaración

Aclaración

OSPACA

Obra Social del Personal del
AUTOMOVIL CLUB ARGENTINO
R.N.O.S. 1-0160-4

NOTA DE SOLICITUD DE CAMBIO DE PRESTADOR

FECHA

BENEFICIARIO CAUSANTE

DNI/LC/LE

Por medio de la presente, dejo constancia del requerimiento de la **baja** de la prestación de
..... (Ej. Psicología, CET, EGB, etc.) con el profesional y/o institución
..... a partir de la fecha

Solicito nueva **alta** para subsidio de dicha prestación con el profesional y/o institución.....
..... a partir de la fecha y por el período
.....

.....
Firma

.....
Aclaración

.....
DNI/LC/LE

OSPACA

Obra Social del Personal del
AUTOMOVIL CLUB ARGENTINO
R.N.O.S. 1-0160-4

SUSPENSIÓN TEMPORARIA DE TRATAMIENTO

FECHA

BENEFICIARIO CAUSANTE

DNI/LC/LE

Por medio de la presente, informo que por motivos personales durante los meses de
del corriente año, el beneficiario indicado, no asistió a la prestación (ej. fonoaudiología, psicología, transporte,
EGB, etc.) con el profesional y/o institución

.....
Firma

.....
Aclaración

.....
DNI/LC/LE

ENCUESTA DE OPINIÓN

Nos importa conocer tú opinión acerca del **INSTRUCTIVO 2021**.

El INSTRUCTIVO es una **GUÍA** para la gestión de solicitudes de prestaciones para personas con discapacidad. Nos interesa cada año mejorar su comprensión, facilitar la presentación de la documentación requerida y agilizar su tramitación.

Se tuvieron en cuenta, las **SUGERENCIAS**, aportadas en años anteriores- ante las cuáles surgió la necesidad de implementar **ENTREVISTAS DE PRIMERA VEZ**, para colaborar con la comprensión del **INSTRUCTIVO**. También tomamos nota que todo nuevo requerimiento presenta mayor dificultad para su presentación.

Agradecemos su colaboración.

Acerca del INSTRUCTIVO 2021:

1. ¿Lo has leído?

- Totalmente Parcialmente No

2. Se lo has dado a leer a:

- Médico Tratante Equipo Profesional Escuela Otro _____

3. ¿Has comprendido el Instructivo?

- Mucho Parcialmente Nada

4. ¿Qué de la documentación solicitada te generó mayor dificultad?

- a. _____
b. _____
c. _____

5. Transmitinos tus sugerencias para que puedan ser contempladas en adelante:

Gracias por tu Participación

CONFORMIDAD PRÓRROGA DE PRESTACIÓN - PERÍODO ASPO/DISPO 2021

Fecha:/...../.....

Apellido y nombre del beneficiario: _____

Número de Afiliado: _____

Yocon Documento Tipo (.....) N°, doy mi conformidad respecto a la continuidad de la/s prestación/es recibidas durante el año 2020, por el período del aislamiento social, preventivo y obligatorio o distanciamiento social preventivo y obligatorio del año 2021.

Dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados y he comprendido las alternativas disponibles para la continuidad de la/s prestación/es detalladas a continuación:

Tipo de prestación: _____

Prestador: _____

Modalidad: (presencial/virtual) _____

Tipo de prestación: _____

Prestador: _____

Modalidad: (presencial/virtual) _____

Tipo de prestación: _____

Prestador: _____

Modalidad: (presencial/virtual) _____

He sido informado/a sobre mi derecho a rechazar la/s prestación/es; o de revocar esta conformidad.

Firma:

Aclaración:

Domicilio:

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETA:

Por la presente dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de.....

Manifiesto ser el familiar responsable / figura de apoyo y autorizo/amos la/s prestación/es dentro de las pautas detalladas precedentemente.

Firma:

Aclaración:

Documento:

Parentesco:

Domicilio:

INFORME PRESTACIÓN TRANSPORTE

Mes _____ de 2021.

Apellido y Nombre del beneficiario: _____

Número de DNI: _____

PERÍODO ASPO / DISPO 2020

¿Brindó la prestación de Transporte durante el período de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio?

SÍ NO MOTIVO: _____

¿En qué modalidad prestacional brindó Transporte?

¿Qué tipo de asistencia brindó?

TRASLADO DE: ALIMENTOS MATERIAL DIDÁCTICO OTROS _____

PRESENCIAL

PERÍODO APSO / DISPO 2021

PRESTACIÓN

TIPO DE ASISTENCIA

| | |
|--|--|
| | TRASLADO DE <input type="checkbox"/> ALIMENTOS <input type="checkbox"/> MATERIAL DIDÁCTICO <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PRESENCIAL |
| | TRASLADO DE <input type="checkbox"/> ALIMENTOS <input type="checkbox"/> MATERIAL DIDÁCTICO <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PRESENCIAL |
| | TRASLADO DE <input type="checkbox"/> ALIMENTOS <input type="checkbox"/> MATERIAL DIDÁCTICO <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PRESENCIAL |
| | TRASLADO DE <input type="checkbox"/> ALIMENTOS <input type="checkbox"/> MATERIAL DIDÁCTICO <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PRESENCIAL |

FIRMA, ACLARACIÓN Y DNI DEL PRESTADOR